

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES
OBSTÉTRICAS CRÍTICAS ATENDIDAS EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN”**

Programa De Segunda Especialización En Medicina Humana

Especialidad

(Medicina Intensiva)

Trabajo De Investigación

AUTOR

Rocio Mireya Espichan Ayala

ASESOR

Mariano Ramirez Cubas

Lima – Perú

2014

DEDICATORIA

Dedicado a Dios y a mis padres,

quienes me inspiran

y apoyan en cada momento.

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que hicieron posible este trabajo, al Hospital Daniel A. Carrión por brindarme tantas enseñanzas y al Servicio de Medicina Intensiva del mismo, así como a sus excelentes maestros por haberme acogido durante estos tres años.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	07
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	 09
 1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	 09
 1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	 12
 1.3.- MARCO TEÓRICO.....	 16
 1.4.- HIPÓTESIS.....	 20
 1.5.- OBJETIVOS.....	 20
 1.5.1.- OBJETIVO GENERAL.....	 20
 1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	 20
 CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS.....	 21
 2.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	 21

2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	21
2.3.- UNIVERSO.....	21
2.4.- MUESTRA.....	21
2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	22
2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	22
2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	22
2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE.....	22
2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE.....	22
2.7.3.- VARIABLES INTERVINIENTES.....	22
2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
2.8.1.- TÉCNICA.....	25
2.8.2.- INSTRUMENTO.....	25
2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	25

CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	26
3.1.- RESULTADOS.....	26
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	47
4.1.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	47
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
5.1.- CONCLUSIONES.....	52
5.2.- RECOMENDACIONES.....	52
CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA.....	53
6.1.- BIBLIOGRAFÍA.....	53
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	62
7.1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62

RESUMEN

Objetivos: Describir el Perfil epidemiológico de las pacientes obstétricas críticas atendidas en la unidad de cuidados críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, de 90 pacientes femeninas, gestantes y puérperas, ingresadas a la unidad de cuidados críticos de HNDAC, Lima – Perú, durante el periodo enero 2012- diciembre 2013.

Resultados: El 63.3 % de las pacientes obstétricas críticas tuvo grado de instrucción secundaria. Hubo una mayor frecuencia de pacientes obstétricas con estado civil de convivencia (61.1 %). El 7.8 % de las pacientes obstétricas críticas eran hipertensos, seguido de diabetes (2.2 %), y el 15.6 % tuvieron otras comorbilidades. Hubo una mayor frecuencia de pacientes nulíparas (53.3 %). El 68.9 % de las pacientes obstétricas críticas tuvieron control prenatal. El 93.3 % de las pacientes obstétricas críticas eran puérperas. El 91.2 % de las pacientes obstétricas críticas tuvieron parto cesárea. El 20 % de las pacientes obstétricas críticas recibieron transfusión. El 7.8 % de las pacientes obstétricas críticas recibieron soporte ventilatorio. Hubo dos casos de muerte materna (2.2 %). Las pacientes que presentaron morbilidad se caracterizaron por tener grado de instrucción secundaria (56.5 %), convivientes (47.8 %), nulíparas (52.2 %), con control prenatal (56.5 %), ser puérperas (95.7%)

Conclusiones: El perfil epidemiológico de las pacientes obstétricas críticas atendidas en la unidad de cuidados críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se caracterizó por que la mayoría de pacientes tuvieron grado de instrucción secundaria, eran convivientes, nulíparas, con control prenatal, puérperas, cuyo parto termino en cesárea. Las pacientes que fallecieron se caracterizaron por ser puérperas, sin control prenatal, con comorbilidad, que requirieron soporte ventilatorio. La tasa de mortalidad materna en la institución fue de 55.5/100000 RNV.

Palabras clave: epidemiología, pacientes obstétrica crítica.
Cuidados críticos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe un interés creciente en el análisis de la morbilidad materna como un indicador de calidad del cuidado materno, en la medida en que las muertes maternas se han convertido en un evento poco frecuente en algunas regiones del mundo. La vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna, es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales de OPS / OMS para lograr reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en el año 2015. (24)

No obstante la experiencia alrededor del tema es muy poca, centrándose principalmente en los países de Europa Occidental y de África del Sur, con resultados no comparables por la ausencia de estandarización e identificación de casos. Adicionalmente, la admisión en UCI, el criterio más comúnmente usado en los países desarrollados como estándar para la identificación, varía de región a región dependiendo de los protocolos de manejo y de la oferta del servicio, siendo en América Latina la información disponible aun es más escasa.

De acuerdo a las publicaciones del Ministerio de Salud de nuestro país, las defunciones por causas maternas de las mujeres en edad reproductiva, figuran dentro de las diez principales causas de muerte, ocasionando el 5% del total de muertes. (20)

Estudios preliminares nacionales (19, 23,25), informaban sobre las transferencias de las pacientes ginecoobstétricas y de su morbimortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos Nacionales en hospitales ajenos al establecido en el presente

estudio, siendo realizados la mayoría de estudios en uci materno perinatales.

La presente investigación permitirá construir una línea de base que contribuirá a incrementar el conocimiento alrededor del tema, a generar una masa crítica que facilite la implementación de sistemas de vigilancia de la Morbilidad Materna en el Hospital Daniel Alcides Carrión (HNDAC).

La evaluación de las enfermedades que afectan a la paciente obstétrica y de la calidad de los servicios que los sistemas de salud le dispensan, se hace por lo general de un modo indirecto, mediante indicadores negativos, como la mortalidad materna y la mortalidad perinatal. (1-3) La morbilidad y mortalidad materna son las actividades más importantes para evaluar y analizar el estado de salud de una población. (4,5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde más de una década, ha mostrado un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna. (6)

En los últimos cincuenta años, las muertes maternas en los países desarrollados han sido eventos cada vez menos frecuentes. Sin embargo, en los países en vía de desarrollo, la disminución de la tasa no ha ido a la misma velocidad.

A finales de los años 80, las primeras estimaciones para el mundo arrojaron una cifra de 500 000 muertes maternas por año.

Dieciséis años más tarde, una revisión de estas cifras señaló que el problema era aún más serio, pues las nuevas estimaciones mostraron que anualmente ocurren 600 000 defunciones maternas y casi todas ellas ocurren en los países en desarrollo, lo cual crea un problema grave de salud pública, debido a que la mortalidad materna es considerada como un indicador de desarrollo social. (7)

Según diferentes autores, la mortalidad materna es solo la punta visible del problema, ya que por cada muerte materna, también hay un alto porcentaje que presenta algún tipo de comorbilidad y complicaciones graves, que requieren atención en las UCI, el cual, es el servicio clínico donde ingresan pacientes de todas las especialidades, incluyendo las gestantes que requieren observación permanente, monitoreo continuo, tratamiento agresivo y procedimientos cardiopulmonares invasivos, además de otras indicaciones de soporte ventilatorio, ventilación no invasiva y requerimiento de soporte de dos o más órganos. (8 - 10)

A nivel mundial , Perú se encuentra dentro de los 10 países con mayor mortalidad materna .(22), presentando una disminución con respecto a las cifras de mortalidad materna en los últimos 5 años, siendo la cifra arrojada para el año 2013 : 379 x 100 000 nv, y en lo que va del año 2014 de 22 x 100 000 nv, en donde se evidencia además que Lima es el departamento que registra mayor número de muertes materna para el año 2013 con cifra de 45 x 100 000 NV (21)

Por ello la admisión de la paciente gestante o puérpera críticamente enferma se convierte en un reto para el médico tratante.

El presente estudio caracteriza desde el punto de vista socio-demográfico y clínico las pacientes con morbilidad materna y mortalidad atendida en la institución entre en 1 de enero 2012 y el 31 de diciembre de 2014. Con los resultados obtenidos se pretende capacitar al personal asistencial y fortalecer los servicios implicados en la atención de estas pacientes, mejorando el índice morbilidad / mortalidad, y de esta forma optimizar la calidad de atención.

1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Según un informe de la UNICEF, cada minuto 110 mujeres en el mundo sufren alguna complicación de salud relacionada con el embarazo, cada día mueren no menos de 1,600 mujeres por complicaciones del embarazo (la mayoría de ellas en países del tercer mundo) y esta situación continuara hasta alcanzar un total de 585,000 muertes en el año. (29)

Casi todas las defunciones derivadas de la maternidad (95%) ocurren en África y Asia. En África al sur del Sahara, una mujer corre durante toda su vida un riesgo de 1 en 12 de perder la vida durante el embarazo y el parto, en comparación con un riesgo de 1 en 4.000 en el mundo desarrollado. (30)

No menos de 25 mil madres mueren cada año en la Región de América Latina y el

Caribe y, más allá, existe una relación directa de la incidencia cada vez mayor de la mortalidad materna en poblaciones con menores ingresos. Se perciben marcadas diferencias en cuanto a la mortalidad materna en los sectores rural y urbano. De hecho, las mujeres de comunidades indígenas soportan las más altas tasas de mortalidad por complicaciones de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio. La OMS además estima que por cada muerte materna en Latinoamérica, 135 mujeres presentan enfermedad relacionada con la gestación, y 30 quedan con secuelas. (31)

Al inicio de la presente década, la Cumbre Mundial por la Infancia instó a gobiernos del mundo y a la sociedad civil en su conjunto a unir fuerzas en favor de la reducción al año 2,000 de la mortalidad materna en un 50 %. En la actualidad, esta meta no ha sufrido progresos significativos en la Región de América Latina y el Caribe. Más recientemente, el Acuerdo de Lima, estableció la necesidad de acelerar este proceso, pues, aunque ello ha sido reconocido como una prioridad impostergable, continúa fallando el acceso de la mujer a los servicios de salud, la atención a la niña y la mujer. La realidad en muchos países de la Región, es que prevalecen numerosas barreras de tipo económico, geográfico y cultural que impiden el acceso adecuado, oportuno y equitativo de las mujeres a servicios de salud con calidad, incluyendo la atención obstétrica esencial.

Pese al compromiso consignado en diversos escenarios, subsiste un poderoso interrogante: ¿Por qué continúan muriendo y en muchos otros casos sufriendo las mujeres durante el proceso natural de su maternidad?

La tasa promedio de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de 190 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Las más altas tasas de mortalidad se presentan en Haití (1000), Bolivia (390) y Perú (270). Las más bajas se presentan en Chile (23), Cuba (24) y Costa Rica (35 X 100,000 nacidos vivos). Las complicaciones de salud durante el embarazo y el parto son responsables por un 18 % de la carga global de enfermedad de las mujeres entre los 15 y 44 años de edad en el mundo entero. Tienen además un serio impacto sobre la salud de los recién nacidos. Los hijos de madres que fallecen por problemas relacionados con el embarazo, parto o puerperio tienen 10 veces más riesgo de morir que los recién nacidos de madres que sobreviven. En el caso específico de América Latina y el Caribe, más de 500,000 mujeres padecen problemas crónicos de salud como consecuencia de inadecuada asistencia durante el parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna.

Se ha definido la morbilidad materna extrema como: una complicación obstétrica severa, que requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna. (32)

Reducir las tasas de mortalidad materna y su morbilidad es un desafío planteado en las metas del milenio. Medir la morbilidad materna extrema o severa es una alternativa válida para utilizarla como indicador de calidad de los cuidados maternos.

La experiencia es reciente y hay poca información para Latino América. La prevalencia real es difícil de estimar nivel nacional y mundial, debido a la escasa información formal de los países y a diferentes criterios para su definición. La mayoría de los resultados que se han hallado provienen de las instituciones, con serie de casos pequeñas, es así como en Cali se registra una prevalencia de 4 casos por 1000 nacimientos, igual que en una serie Canadiense. (33, 34) Se estima que la prevalencia de pacientes obstétricas que requieren cuidados críticos durante el embarazo es entre 1 y 9 gestantes por cada mil.

En Canadá (35) identifica los siguientes marcadores de severa morbilidad materna, luego de 15 años de recolección de información: 2 por 1.000 de 160.000 nacimientos tuvieron MME, de ellas las 2/3 partes tuvieron 1 sola morbilidad de las siguientes: Transfusiones de sangre de 5 unidades o más (0,74 por 1.000), histerectomía de urgencia (0,55 por 1.000), ruptura uterina (0,31 por 1.000), eclampsia (0,28 por 1.000) y admisión en unidades de cuidado intensivo (0,52 por 1.000). La multiparidad y la edad mayor a 34 años 15 se asociaron con histerectomía de emergencia y ruptura uterina. La cesárea se asoció con todas las variables seleccionadas.

En México (28), se recolectó información de cerca de 3,4 millones de nacimientos hospitalarios y 832 muertes maternas (29 por 100.000 nacidos vivos). Del total de muertes maternas, las principales morbilidad y letalidad fueron la pre-eclampsia, las hemorragias obstétricas y la sepsis puerperal que contribuyen con el 57% del total de muertes (474/832). En Colombia las causas de muerte materna abarcan las patologías encontradas en el estudio mexicano mencionado y coinciden en su orden de frecuencia.

Es por esto que el presente estudio pretende integrar y caracterizar la morbilidad materna de las pacientes de la institución y mortalidad materna, para incrementar la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a ese continuum desde el embarazo sin complicaciones, hasta la muerte y permitir tomar correctivos de una manera más efectiva.

1.3.- MARCO TEÓRICO

Para la mayoría de las mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria. Sin embargo, es bien conocido que el estado de embarazo es de gran riesgo para la mujer, más si entran en juego factores económicos, sociales, culturales y dependientes del sistema de Salud. La mortalidad y morbilidad materna es un problema de salud pública no resuelto, además de su impacto desfavorable que genera en el ámbito más esencial de la sociedad, La Familia, se enfrenta como una prioridad para los Servicios de Salud, por todas aquellas circunstancias familiares, sociales y de tipo institucional que conlleva la defunción de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio, por tal motivo, es necesario promover y favorecer la Salud Materna a través de una Maternidad sin Riesgos.

Cada mujer tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para ella como a su hijo mediante la accesibilidad de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención, sin pasar por alto que un aspecto fundamental de la mujer es la inversión de tiempo y energía que emplea para que sus hijos e hijas gocen en condiciones de equidad y de pleno derecho, de los beneficios de lograr

un desarrollo pleno.

Evitar la mortalidad y morbilidad materna, no necesariamente requiere la utilización de alta tecnología, sino del compromiso social a una cultura de la salud, orientada a la promoción y educación para la salud con apoyo de los medios masivos de comunicación.

La defunción materna tiene múltiples factores, influyen entre otros aspectos: culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica que al sumarse las condiciones de la madre, el médico y la institución, hacen sinergia e influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: Preeclampsia-Eclampsia, Hemorragia Obstétrica y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos. (26)

Cabe mencionar que un número importante de las muertes maternas y complicaciones médicas del embarazo registradas, son consideradas como evitables mediante la atención médica oportuna, siendo uno de los principales retos del control prenatal, lograr que las mujeres acudan a consulta en etapas tempranas del embarazo y que participen de una manera responsable en el autocuidado de su salud a través del reconocimiento de los síntomas de alarma que pudieran presentarse en el transcurso del embarazo.

A nivel mundial, de acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud, ocurren en la actualidad alrededor de 650,000 muertes maternas, lo que representa que cada minuto ocurre una defunción materna, la mayoría de ellas en los países considerados como subdesarrollados. (26)

La mortalidad materna y perinatal es para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. Dichas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en el servicio salud y de las condiciones de vida, puesto que la mayoría pueden evitarse. (27)

El análisis de la morbilidad y mortalidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población y, en consecuencia, la Organización Mundial de la Salud, al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas, un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna.

Una muerte materna es resultado de una serie de factores que actúan sobre la vida de la mujer, desde el nacimiento hasta su edad productiva. Así mismo, el nivel de nutrición, la existencia de enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial la historia obstétrica anterior.

En su gran mayoría, las muertes maternas son evitables, ya que las principales causas y factores que las determinan son conocidas, y a la vez el sector cuenta desde hace mucho tiempo, con el saber científico y tecnológico para impedir las.

Mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de los embarazos. Pero realmente, facilitando el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud, que realicen la detección temprana del riesgo, se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos

esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados.

La razón de mortalidad ha sido tradicionalmente el marcador utilizado para evaluar la salud materna y la calidad de este cuidado, indicador que refleja de manera directa las condiciones de desarrollo de los países y sus regiones. La integración del estudio de morbilidad obstétrica al de la mortalidad incrementa la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a dichos resultados, por ejemplo, el embarazo sin complicaciones hasta la muerte, y permite tomar correctivos de una manera más oportuna. (28)

A pesar de las altas tasas de mortalidad en nuestro país, el estudiar la morbilidad materna extremadamente grave puede ser una medida más sensible para la cuantificación de la magnitud del problema, puesto que permite identificar cuales mujeres requieren de un cuidado especial, cuáles patologías son las de más frecuente presentación, y los servicios de soporte que se requieren con mayor importancia. Además, se obtiene la información necesaria para implementar, organizar y evaluar los problemas que se requieren para obtener una maternidad segura.

1.4 HIPOTESIS

No aplicable por ser un estudio descriptivo

1.5.- OBJETIVOS

1.5.1.- OBJETIVO GENERAL

Describir el Perfil epidemiológico de las pacientes obstétricas críticas atendidas en la unidad de cuidados críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar condiciones asociadas con la muerte materna.

Describir los factores de riesgo presentes en las gestantes en quienes se desarrolló la Morbilidad Materna.

Describir y analizar las causas principales de la Morbilidad Materna.

Calcular el Índice de Mortalidad en la institución.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.- TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es de tipo cuantitativo, ya que se obtendrá datos apoyados en escalas numéricas permitiendo un tratamiento estadístico. Es de nivel aplicativo porque, se aplica en el campo de la salud.

2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo retrospectivo, en la Unidad de Cuidados Críticos (Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios) del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - Lima, Perú; centro de nivel III y de formación universitaria.

2.3.- UNIVERSO

Pacientes femeninas, gestantes y puérperas, ingresadas a la unidad de cuidados críticos de HNDAC, Lima – Perú, durante el periodo enero 2012- diciembre 2013.

2.4.- MUESTRA

Historias clínicas de pacientes femeninas, gestantes o puérperas, ingresadas a la unidad de cuidados críticos de HNDAC, Lima – Perú, durante el periodo enero 2012- diciembre 2013, que cumplan con los criterios establecidos en el trabajo.

2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Historias clínicas de pacientes mujeres mayores de 14 años, embarazadas o puérperas, que hayan sido admitidas en la unidad de cuidados críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo referido

2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Historias clínicas con datos incompletos a la admisión: en las que no se registre fecha de admisión y /o servicio de área crítica admitido.

2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICION	MEDIDA	TIPO VARIABLE	FUENTE	ANALISIS
Edad	Años cumplidos	Años	Continua	Historia Clínica	Promedio, Media, Moda
Nacionalidad	País en donde se registro el nacimiento del paciente	Perú=1 Extranjera=2	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
Nivel de instrucción	Nivel alcanzado en el sistema formal de educación	Ninguno = 0 Primaria = 1 Secundaria = 2 Técnica = 3 Universitaria = 4 Desconocido = 5	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
Estado civil	Condición de la paciente en relación a derechos y obligaciones civiles	Soltera = 1 Casada= 2 Conviviente=3 Otro= 4 Desconocido=5	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
Raza	Descripción basada según fenotipo	Blanco=1 Negro=2 Mestizo=3 Otros=4	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje

Comórbidos:	Presencia de uno o más trastornos además del trastorno obstétrico en estudio	Ninguno=0 HTA=1 DM=2 VIH=3 Otros=4	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
Paridad	Número de embarazos con alumbramiento de feto viable (más de 20 semanas). definiéndose como: Primípara: mujer que ha parido una sola vez a uno o más fetos viables. multípara : Mujer que ha llevado 2 o más embarazo mas de las 20 semanas	Primípara =1 Multípara=2	Categórica	Historia Clínica	Promedio, Media, Moda
Numero de Controles prenatales	Número de veces que la paciente asistió al control prenatal Negativo + menos de 3 CPN Positivo = más de 3 CPN No definido = desconocido	Negativo = 0 Positivo = 1 No definido=2	Categórica	Historia Clínica	Promedio, Media, Moda
Edad gestacional	Tiempo de gestación calculado por FUM confiable o por ecografía	Semanas	Continua	Historia Clínica	Promedio, Media, Moda
Estado del paciente al ingreso	Aquel estado con el cual ingrese el paciente.	Gestante=1 Puerpera =2	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
Vía del parto	Vía de nacimiento	vaginal = 1 Cesárea = 2	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO					
Fecha de ingreso	Fecha en la que es admitida a la unidad de cuidados críticos	Fecha de admisión : día/ mes /año	Continua	Historia Clínica	Porcentaje
Ingreso a área crítica	Admisión en cuidados intensivos (UCI) O cuidados intermedios (UCIN)	UCI=1 UCIN=2	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje

Días de estancia	Tiempo transcurrido entre el ingreso y el egreso de la gestante de servicio de ingreso	Días	Continua	Historia Clínica	Promedio, Media, Moda
APACHE	Calificación de escala APACHE al ingreso en área crítica	Valor numérico	Continua	Historia Clínica	Promedio, Media, Moda
Soporte vasopresor	Administración parenteral de vasopresores	Sí = 1 No = 2	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
Transfusiones	Administración parenteral de sangre o hemoderivados	Sí = 1 No = 2	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
Soporte ventilatorio	Ingreso a ventilación mecánica invasiva o no invasiva	VMI = 1 VMNI = 2	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
días de S.V.	Tiempo transcurrido en Soporte ventilatorio	Cantidad de días	Continua	Historia Clínica	Promedio, Media, Moda
Histerectomía	Extracción uterina	Sí = 1 No = 2	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje
Ninguna Intervención	Ninguna intervención durante su estancia en cuidados críticos				Porcentaje
Otros	practica de un procedimiento diferente				Porcentaje
Muerte materna	Es la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales	Sí = 1 No = 2	Categórica	Historia Clínica	Porcentaje

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1.- TÉCNICA

Todas las pacientes se captaron a partir de los registros de los datos de las pacientes que acudieron a la atención en el periodo que correspondió al estudio. Luego se procedió a buscar las respectivas historias clínicas en el archivo del hospital y tras a una revisión de las mismas se extrajo la información necesaria para los alcances del presente estudio.

2.8.2.- INSTRUMENTO

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia (ver anexo).

2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará el programa SPSS 21.0 para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos. Para el análisis se empleará estadística descriptiva presentando los datos en tablas de contingencia, determinando el OR con un Intervalo de confianza de 95 %. Se evaluará la asociación de las variables por estadística inferencial mediante el Test del Chi cuadrado con un nivel de significación estadística $P < 0.05$.

CAPÍTULO III

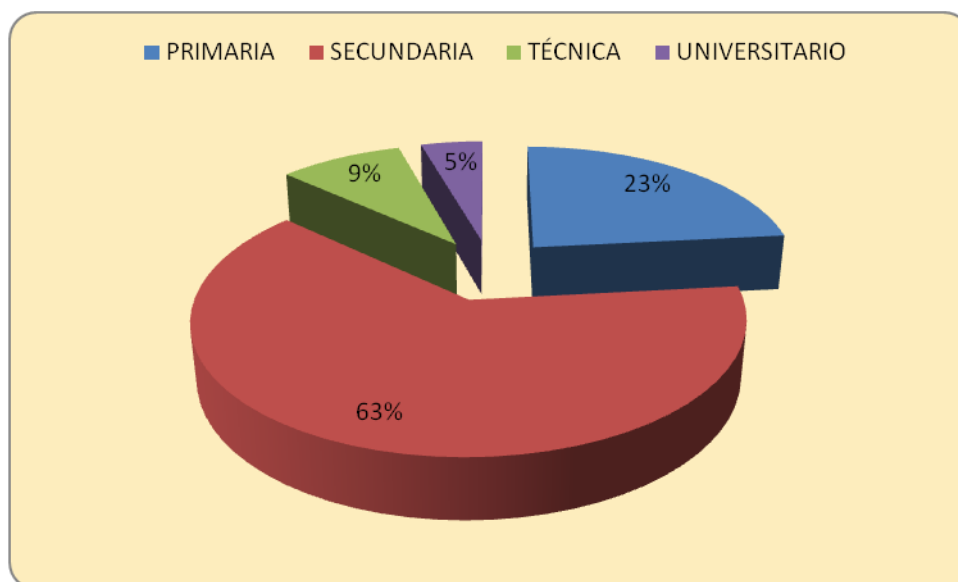
RESULTADOS

El 63.3 % de las pacientes obstétricas críticas tuvo grado de instrucción secundaria.

TABLA N°01			
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	21	23.3%
	SECUNDARIA	57	63.3%
	TÉCNICA	8	8.9%
	UNIVERSITARIO	4	4.4%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°01
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS
CRÍTICAS



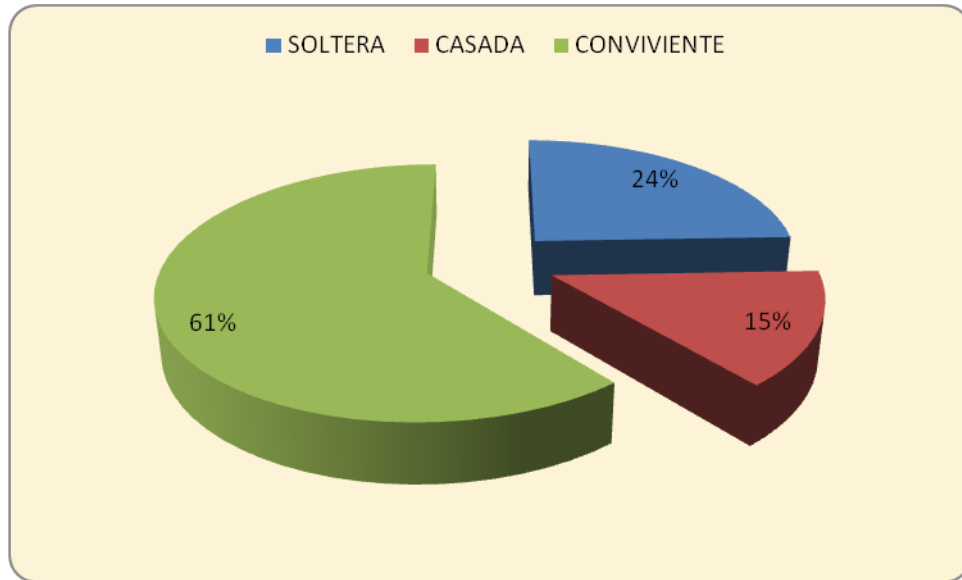
Hubo una mayor frecuencia de pacientes obstétricas con estado civil de convivencia (61.1 %).

TABLA N°02			
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
ESTADO CIVIL	SOLTERA	22	24.4%
	CASADA	13	14.4%
	CONVIVIENTE	55	61.1%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°02

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS



El 7.8 % de las pacientes obstétricas críticas eran hipertensas, seguido de diabetes (2.2 %), y el 15.6 % tuvieron otras comorbilidades. El 74.4 % no tuvo comorbilidades.

TABLA N°03

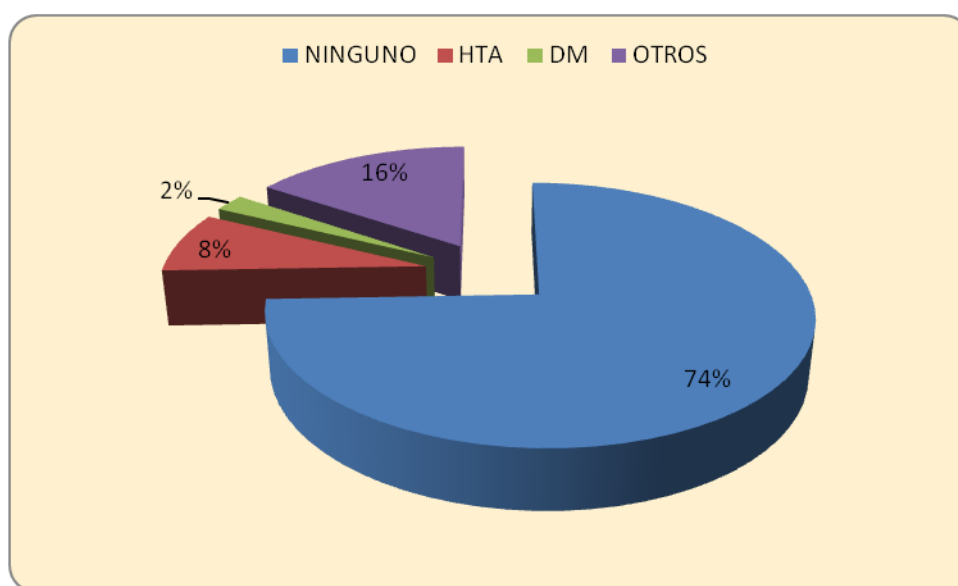
COMORBILIDAD DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS

		N	%
COMÓRBIDOS	NINGUNO	67	74.4%
	HTA	7	7.8%
	DM	2	2.2%
	OTROS	14	15.6%

COMORBILIDAD	SI	23	25.6%
	NO	67	74.4%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°03
COMORBILIDAD DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS
CRÍTICAS



Hubo una mayor frecuencia de pacientes nulíparas (53.3 %), seguido de multíparas (33.3 %).

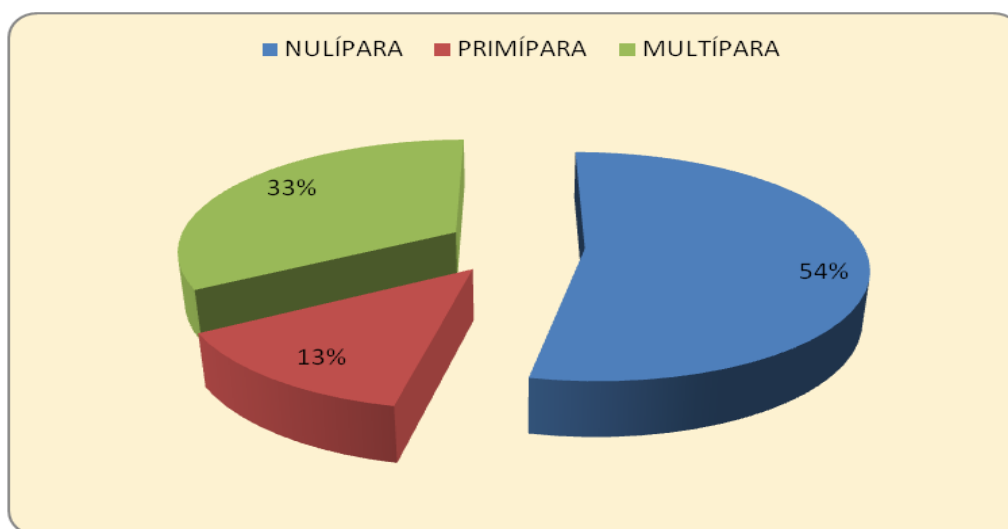
TABLA N°04			
PARIDAD DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
PARIDAD	NULÍPARA	48	53.3%
	PRIMÍPARA	12	13.3%

	MULTÍPARA	30	33.3%
--	-----------	----	-------

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°04

PARIDAD DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS



El 68.9 % de las pacientes obstétricas críticas tuvieron control prenatal y el 16.7 % no tuvieron control prenatal.

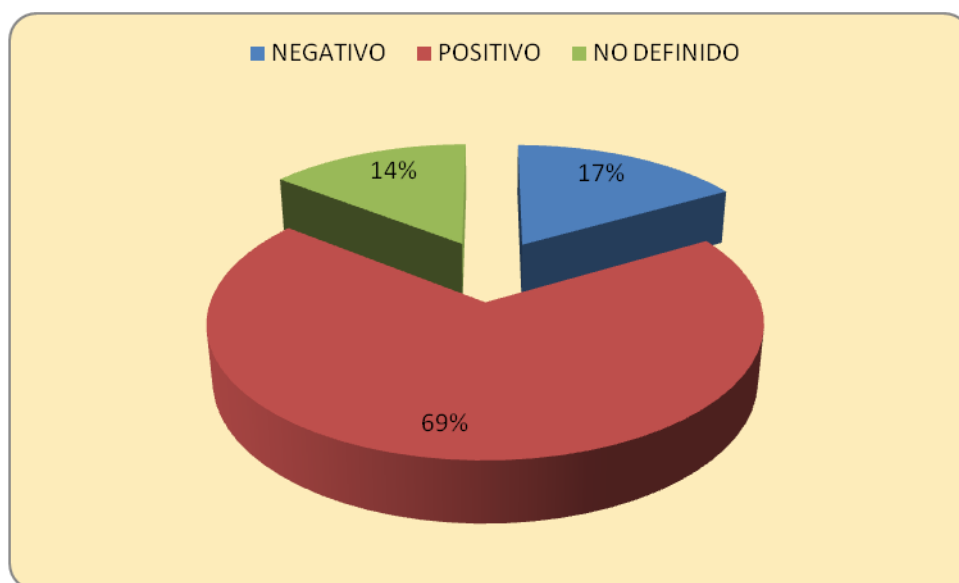
TABLA N°05			
CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
CONTROL PRENATAL	NEGATIVO	15	16.7%
	POSITIVO	62	68.9%
	NO DATOS	13	14.4%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°05

CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS

CRÍTICAS



El 93.3 % de las pacientes obstétricas críticas eran puérperas.

TABLA N°06			
ESTADO AL INGRESO DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
ESTADO DEL PACIENTE AL INGRESO	GESTANTE	6	6.7%
	PUERPERA	84	93.3%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°06
ESTADO AL INGRESO DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS
CRÍTICAS



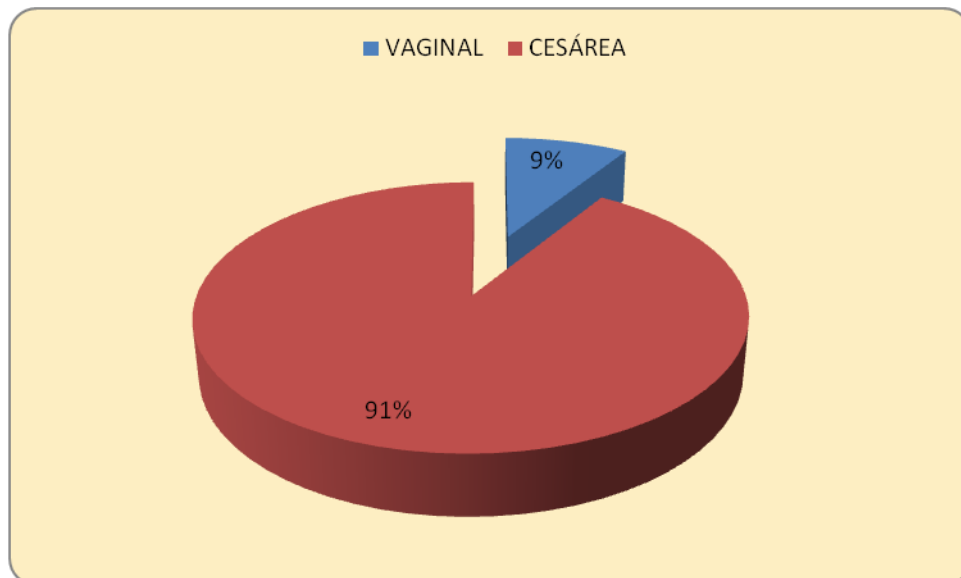
El 91.2 % de las pacientes obstétricas críticas tuvieron parto cesárea.

TABLA N°07			
VIA DEL PARTO DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
VÍA DEL PARTO	VAGINAL	8	8.9%
	CESÁREA	82	91.1%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°07

VIA DEL PARTO DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS



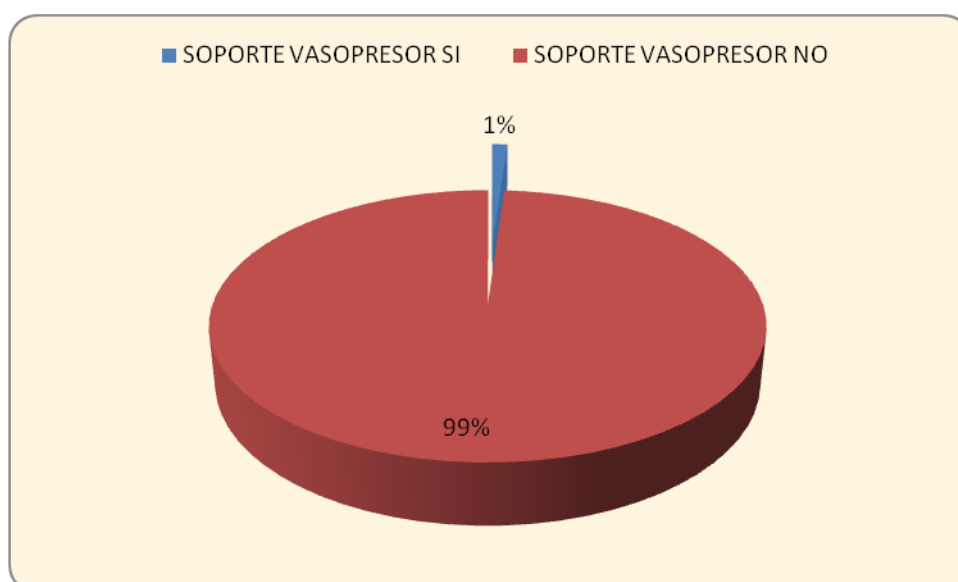
Solo una paciente obstétrica critica recibió soporte vasopresor (1.1 %)

TABLA N°08			
SOPORTE VASOPRESOR EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
SOPORTE VASOPRESOR	SI	1	1.1 %
	NO	89	98.9 %

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°08

SOPORTE VASOPRESOR EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS



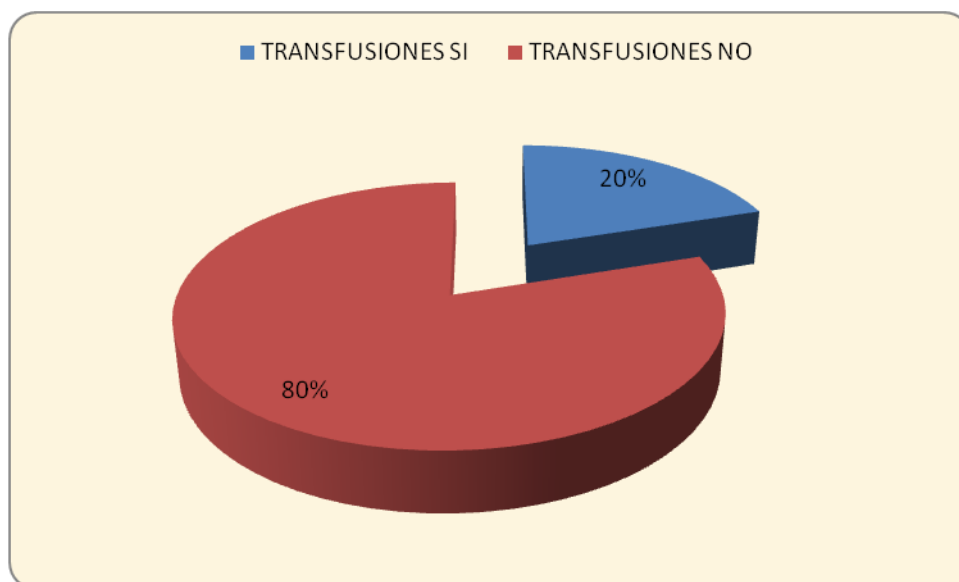
El 20 % de las pacientes obstétricas críticas recibieron transfusion, y el 80 % no recibió.

TABLA N°09			
TRANSFUSIONES EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
TRANSFUSIONES	SI	18	20.0%
	NO	72	80.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°09

TRANSFUSIONES EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS



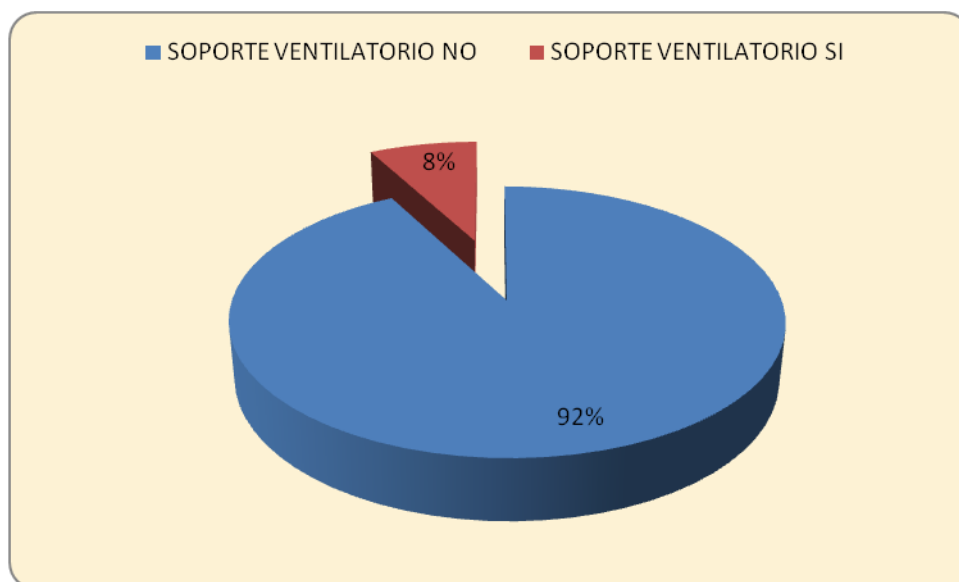
El 7.8 % de las pacientes obstétricas críticas recibieron soporte ventilatorio, y el 92.2 % no recibió.

TABLA N° 10			
SOPORTE VENTILATORIO DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
SOPORTE VENTILATORIO	NO	83	92.2%
	SI	7	7.8%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°10

SOPORTE VENTILATORIO DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS
CRÍTICAS



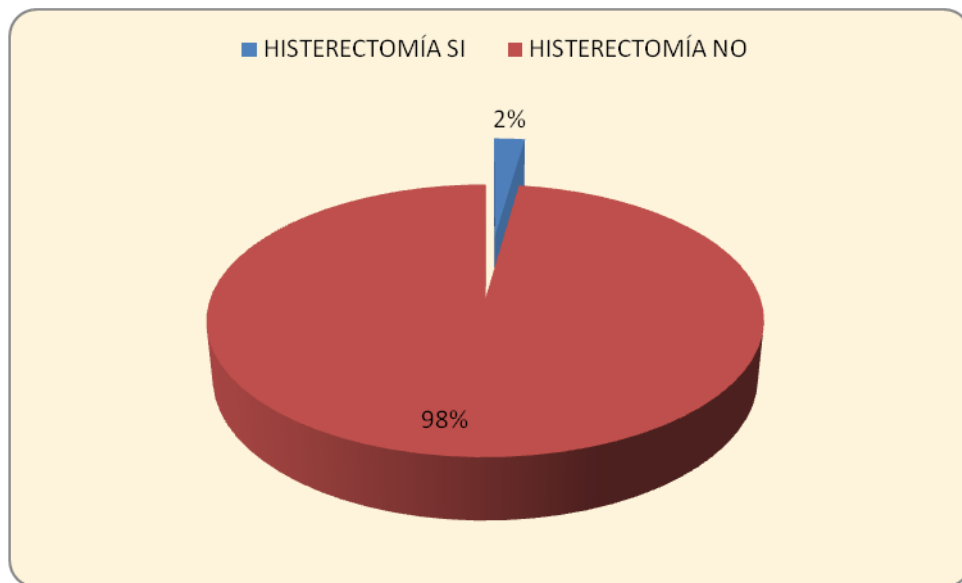
El 2.2 % se les realizo histerectomía.

TABLA N°11			
HISTERECTOMIA EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
HISTERECTOMÍA	SI	2	2.2%
	NO	88	97.8%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 11

HISTERECTOMIA EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS

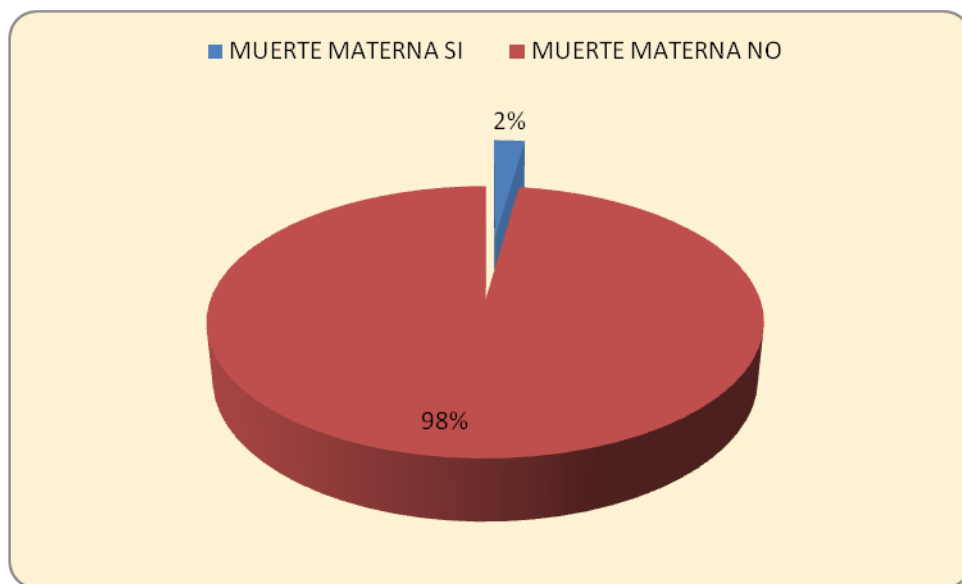


Hubo dos casos de muerte materna (2.2 %).

TABLA N° 12			
MUERTE MATERNA DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
MUERTE MATERNA	SI	2	2.2%
	NO	88	97.8%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°12
MUERTE MATERNA DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS
CRÍTICAS



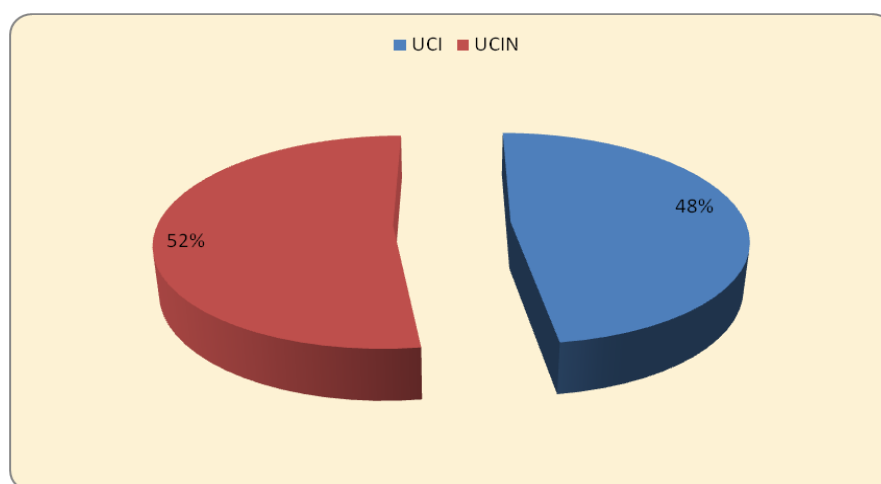
La mayoría de pacientes obstétricas críticas provenían del servicio de UCIN en el 52.2%.

TABLA N°13			
MUERTE MATERNA DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS			
		N	%
SERVICIO	UCI	43	47.8%
	UCIN	47	52.2%

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N°13

MUERTE MATERNA DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS



Las pacientes que fallecieron se caracterizaron por ser puérperas, sin control prenatal, con comorbilidad, que requirieron soporte ventilatorio.

TABLA N°14

MUERTE MATERNA SEGÚN VARIABLES ESTUDIADAS EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS

		MUERTE MATERNA			
		SI		NO	
		N	%	N	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	1	50.0%	11	12.5%
	SECUNDARIA	1	50.0%	56	63.6%
	TÉCNICA	0	.0%	8	9.1%
	UNIVERSITARIO	0	.0%	4	4.5%

	DESCONOCE	0	.0%	9	10.2%
ESTADO CIVIL	SOLTERA	1	50.0%	21	23.9%
	CASADA	0	.0%	13	14.8%
	CONVIVIENTE	1	50.0%	54	61.4%
COMORBILIDAD	SI	2	100.0%	21	23.9%
	NO	0	.0%	67	76.1%
PARIDAD	NULÍPARA	1	50.0%	47	53.4%
	PRIMÍPARA	0	.0%	12	13.6%
	MULTÍPARA	1	50.0%	29	33.0%
CONTROL PRENATAL	NEGATIVO	2	100.0%	13	14.8%
	POSITIVO	0	.0%	62	70.5%
	NO DEFINIDO	0	.0%	13	14.8%
ESTADO DEL PACIENTE AL INGRESO	GESTANTE	0	.0%	6	6.8%
	PUERPERA	2	100.0%	82	93.2%
SOPORTE VASOPRESOR	SI	0	.0%	1	1.1%
	NO	2	100.0%	87	98.9%
SOPORTE VENTILATORIO	NO	0	.0%	83	94.3%
	SI	2	100.0%	5	5.7%

TRANSFUSIONES	SI	0	.0%	18	20.5%
	NO	2	100.0%	70	79.5%
HISTERECTOMÍA	SI	0	.0%	2	2.3%
	NO	2	100.0%	86	97.7%

Fuente: ficha de recolección de datos

Las pacientes que presentaron morbilidad se caracterizaron por tener grado de instrucción secundaria (56.5 %), convivientes (47.8 %), nulíparas (52.2 %), con control prenatal (56.5 %), ser puérperas (95.7 %).

TABLA N°15					
COMORBILIDAD SEGÚN VARIABLES ESTUDIADAS EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS					
		COMORBILIDAD			
		SI		NO	
		N	%	N	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	4	17.4%	8	11.9%
	SECUNDARIA	13	56.5%	44	65.7%
	TÉCNICA	1	4.3%	7	10.4%
	UNIVERSITARIO	1	4.3%	3	4.5%
	DESCONOCE	4	17.4%	5	7.5%
ESTADO CIVIL	SOLTERA	6	26.1%	16	23.9%

	CASADA	6	26.1%	7	10.4%
	CONVIVIENTE	11	47.8%	44	65.7%
PARIDAD	NULÍPARA	12	52.2%	36	53.7%
	PRIMÍPARA	1	4.3%	11	16.4%
	MULTÍPARA	10	43.5%	20	29.9%
CONTROL PRENATAL	NEGATIVO	4	17.4%	11	16.4%
	POSITIVO	13	56.5%	49	73.1%
	NO DEFINIDO	6	26.1%	7	10.4%
ESTADO DEL PACIENTE AL INGRESO	GESTANTE	1	4.3%	5	7.5%
	PUERPERA	22	95.7%	62	92.5%
SOPORTE VASOPRESOR	SI	1	4.3%	0	.0%
	NO	22	95.7%	67	100.0%
SOPORTE VENTILATORIO	NO	20	87.0%	63	94.0%
	SI	3	13.0%	4	6.0%
TRANSFUSIONES	SI	2	8.7%	16	23.9%
	NO	21	91.3%	51	76.1%
HISTERECTOMÍA	SI	1	4.3%	1	1.5%

	NO	22	95.7%	66	98.5%
--	----	----	-------	----	-------

Fuente: ficha de recolección de datos

La media de la edad de las pacientes obstétricas críticas que tuvieron comorbilidad fue de 26.5+/-7.5 años.

TABLA N°16							
MEDIA DE LA EDAD SEGÚN COMORBILIDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS CRITICAS							
COMORBI LIDAD	MEDI A	N	DESV . TÍP.	MÍNI MO	MÁXI MO	% DEL TOTA L	P
SI	26.56	23	7.56	17.00	42.00	25.6%	P>0.05
NO	24.91	67	7.21	15.00	42.00	74.4%	
TOTAL	25.33	90	7.29	15.00	42.00	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

La media de la edad de las pacientes obstétricas críticas que murieron fue de 21.5+/-4.9 años.

<p style="text-align: center;">TABLA N°17</p> <p style="text-align: center;">MEDIA DE LA EDAD SEGÚN MUERTE MATERNA DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS CRITICAS</p>							
MUERTE MATERNA	MEDIA	N	DESV. TÍP.	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL	P
SI	21.50	2	4.94	18.00	25.00	2.2%	P>0.05
NO	25.42	88	7.33	15.00	42.00	97.8%	
TOTAL	25.33	90	7.29	15.00	42.00	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

La media de la edad gestacional de las pacientes obstétricas críticas fue de 36.5+/-0.7 semanas, y el tiempo de estancia en este mismo grupo de pacientes fue de 3.5+/-2.1 días.

<p style="text-align: center;">TABLA N°18</p> <p style="text-align: center;">MEDIA DE LA EDAD GESTACIONAL Y ESTANCIA SEGÚN MORTALIDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS CRITICAS</p>			
MUERTE MATERNA		EDAD GESTACIONAL(SEMANAS)	TIEMPO DE ESTANCIA(DÍAS)
SI	MEDIA	36.5000	3.5000
	N	2	2
	DESV. TÍP.	.70711	2.12132
	MÍNIMO	36.00	2.00
	MÁXIMO	37.00	5.00

	% DEL TOTAL	2.2%	2.2%
NO	MEDIA	34.9659	3.1591
	N	88	88
	DESV. TÍP.	3.74304	1.40513
	MÍNIMO	24.00	1.00
	MÁXIMO	40.00	9.00
	% DEL TOTAL	97.8%	97.8%
TOTAL	MEDIA	35.0000	3.1667
	N	90	90
	DESV. TÍP.	3.70848	1.40824
	MÍNIMO	24.00	1.00
	MÁXIMO	40.00	9.00
	% DEL TOTAL	100.0%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

Las muertes maternas se distribuyeron en ambos servicios, UCI (50%); UCIN (50%).

TABLA N°18				
MUERTE MATERNA SEGÚN SERVICIO DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS CRITICAS				
	MUERTE MATERNA			
	SI		NO	
	N	%	N	%

SERVICIO	UCI	1	50.0%	42	47.7%
	UCIN	1	50.0%	46	52.3%

Fuente: ficha de recolección de datos

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En 2001, W. Stones fue el primero en proponer el estudio de los casos en los cuales se presentan episodios que amenazan potencialmente la vida de la gestante y la evaluación de la calidad de cuidado obstétrico hospitalario o poblacional en áreas de baja mortalidad materna del Reino Unido (46).

Existe un interés creciente en el análisis de la Morbilidad Materna Extrema (MME) como indicador de calidad del cuidado materno y es de aceptación general que su vigilancia epidemiológica sea una de las estrategias claves para reducir la tasa de mortalidad materna (47-49).

Pero a pesar de las experiencias documentadas alrededor del tema, los resultados no son comparables debido a la ausencia de estandarización en la identificación de casos. Adicionalmente, la admisión en UCI, el criterio más comúnmente usado en los países desarrollados como estándar para la identificación, varía de región a región de acuerdo con los protocolos de manejo y oferta del servicio (50-52).

A partir del año 2006 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) con el apoyo de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), ha promovido la iniciativa de la vigilancia de los

eventos de morbilidad materna extrema en la Región de las Américas, para lo cual estimuló reuniones de consenso que establecieron la denominación del evento como “Morbilidad Materna Extrema” y determinaron los criterios para la identificación de casos. Este desarrollo permitió definir una metodología que fue implementada en 16 hospitales de 6 países de Centroamérica por la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG), y aplicada por FLASOG en 19 hospitales de 9 países latinoamericanos. Estas experiencias han generado una línea de base que permite identificar y caracterizar el evento y las causas asociadas a él, reconociendo las patologías que comprometen de manera importante la salud materna de las mujeres gestantes latinoamericanas.

Encontramos que en las pacientes que presentaron morbilidad la edad gestacional fue de 34.9 semanas, el 52.2% eran nulíparas, y la mayoría terminó en parto cesárea 91.1%, datos que son concordantes con lo reportado por Morales Osorno y colaboradores, quienes refieren que el 96,8 % de las pacientes no tenía antecedentes de riesgo, 25,8 % era nulípara, y el 83,9 % no tenía registro de patologías en el embarazo actual. La edad gestacional promedio en la cual se presentaron los eventos fue 34,3 semanas, en el 84,3 % de los casos la terminación del embarazo fue por cesárea y el promedio de hospitalización en la unidad de cuidado intensivo fue 7,7 días. (53)

En nuestro estudio la histerectomía se realizó al 2.2% , y la mayoría termino en parto cesárea, datos que son similares a lo reportado por Amato y colaboradores (2007), quienes encuentran que los factores más asociados con morbilidad materna extrema fueron los trastornos hipertensivos, representada especialmente por la preeclampsia severa; seguida de las hemorragias postparto y sepsis. El 90,78 % de los casos se resolvieron por cesárea segmentaria y en algunos de estos casos fue necesario realizar histerectomía tras cesárea; hubo 12,7% de natimueitos. (54)

En nuestro estudio hubo dos casos de muerte materna en el periodo del puerperio, teniendo como antecedentes en no control prenatal, por lo que coincidimos con Peña Erazo y colaboradores (2007), quienes identificaron 105 casos de morbilidad extrema. Se estimó una frecuencia de 3,49 %. Ocurrieron 3 casos de mortalidad materna que representó el 2.8 % de la morbilidad extrema y el 0,09 % del total de atenciones por causa obstétrica. En la mayoría de los casos (49 %) la vía de terminación del embarazo más frecuente fue la cesárea. (55)

Encontramos que el 7.8 % de las pacientes obstétricas criticas eran hipertensos, seguido de diabetes (2.2 %), y el 15.6 % tuvieron otras comorbilidades, datos que son similares a lo reportado por Álvarez - Toste y colaboradores (2010), quienes refieren que los riesgos de mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial, asma, diabetes mellitus y sepsis urinaria. La morbilidad materna extremadamente grave ocurrió con mayor frecuencia después del parto y las causas de mayor ocurrencia fueron las relacionadas con

el manejo instaurado al paciente (cirugía, UCI, transfusión) y la enfermedad específica (*shock* séptico e hipovolémico). (56)

De las 90 pacientes que conformaron nuestro estudio hubo dos casos de muerte materna, dato bastante menor al reportado por Suárez González y colaboradores (2010), quienes en 93 pacientes, reportaron 4 muertes maternas en esos dos años. (57)

Encontramos en nuestro estudio que el 20 % de las pacientes obstétricas críticas recibieron transfusión, dato que es similar a lo reportado por Rojas y colaboradores (2011), quienes refieren que la transfusión fue la intervención más común (22,6 %). (58)

En nuestro estudio hubo dos casos de muertes maternas en el periodo de estudio, dato similar a lo reportado por Bello Álvarez y colaboradores (2012), quienes reportan una razón de mortalidad materna de 76.7/100.000 nacidos vivos y una razón de morbilidad materna extrema de 15.6/1000 nacidos vivos. (59)

La estadía general fue de 3.1 ± 1.4 días, dato bastante menor al reportado por Acevedo y colaboradores (2012), quienes refieren una estadía general de $4,8 \pm 4,4$ días. (60)

Encontramos que una minoría de pacientes requirió soporte vasopresor, por lo que nuestros datos son discordes con lo reportado por Acho Mego y colaboradores (2011), quienes refieren que la mayoría de pacientes requirieron usar principalmente plasma fresco congelado y soporte inotrópico. (61)

Encontramos que las pacientes que fallecieron se caracterizaron

por ser puérperas, sin control prenatal, con comorbilidad, que requirieron soporte ventilatorio, por lo que nuestros datos son disimiles a lo reportado por Reyes Armas Iván; Villar Aurora (2012), quienes refieren que la mortalidad se relacionó con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal, períodos intergenésicos corto o prolongado, gestaciones pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas, con tasa alta de mortalidad perinatal. (62)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico de las pacientes obstétricas críticas atendidas en la unidad de cuidados críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se caracterizó por que la mayoría de pacientes tuvieron grado de instrucción secundaria, eran convivientes, nulíparas, con control prenatal, puérperas, cuyo parto termino en cesárea.

Las pacientes que fallecieron se caracterizaron por ser puérperas, sin control prenatal, con comorbilidad, que requirieron soporte ventilatorio.

La tasa de mortalidad materna en la institución fue de 55.5/100000 RNV.

5.2.- RECOMENDACIONES

Realizar un estudio longitudinal, multicéntrico randomizado en el que se incluya más variables.

CAPÍTULO VI

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Faneite AP. Estadísticas perinatales. Rev Obstet Ginecol Venez. 1986; 46:76-82.
2. Atrash HK, Rowley D. Maternal and perinatal mortality. Curr Opin Obstet Gynecol. 1992; 4:61-71.
3. Acosta AA, Cabezas E, Chaparro JC. Present and future of maternal mortality in Latin America. Int J Gynecol Obstet. 2000; 70:125-31.
4. Jenicek M, Cleroux R. Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones. Barcelona: Salvat ed. S.A; 1987.
5. Ipsen J. Epidemiology and planning. Int J Health Serv. 1971; 1:149-53.
6. Starrs A. Preventing the tragedy of maternal deaths. A report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, February 1987.
7. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto; 1994.
8. Karnard DR, Guntupalli KK. Critical illness and pregnancy: review of a global problem. Crit Care Clin. 2004; 20:555-76.
9. Gatt S. Pregnancy, delivery and the intensive care unit: need, outcome and management. Curr Opin Anaesthesiol. 2003; 16:263-7.
10. Vásquez DN, Estenssoro E, Canales HS, Reina R, Sáenz MG,

- Das Neves AV, et al. Clinical characteristics and outcomes of obstetric patients requiring ICU admission. *Chest*. 2007; 131:718-24.
11. Keizer JL, Zwart JJ, Meerman RH, Harinck BI, Feuth HD, van Roosmalen J. Obstetric intensive care admissions: a 12-year review in a tertiary care centre. *Eur J Obstet Gynecology Reprod Biol*. 2006;128:152
 12. Selo-Ojeme DO, Omosaiye M, Battacharjee P, Kadir RA. Risk factors for obstetric admissions to the intensive care unit in a tertiary hospital: a case-control study. *Arch Gynecology Obstet*. 2005; 272:207-10.
 13. Hawkins JL. Maternal mortality: anesthetic implications. *Int Anesthesiol Clin*. 2002; 40:1-11.
 14. Tracy EE, Tomich PG. Maternal mortality: an international crisis. *ACOG Clin Rev*. 2002; 7:13-6.
 15. Cuartas J, Mesa C. Factores asociados a mortalidad maternal. Medellín 2001-2003. Medellín: Ed. Marín Vieco; 2004.
 16. Hazelgrove JF, Price C, Pappachan VJ, Smith GB. Multicenter study of obstetric admissions to 14 intensive care units in Southern England. *Crit Care Med*. 2001; 29:770- 5.
 17. Yentis SM. Maternal morbidity and mortality-obstetric intensive care. *Obstetrics Gynecology*. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. London: RCOG Press; 2002.

18. Aristizábal JF, Gómez GA, Lopera JF, Orrego LV, Restrepo C, Monsalve G, et al. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto? Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005; 56:166-75.
19. Valencia A. Pacientes admitidas por condiciones gineco-obstétricas en Cuidados Intensivos del Hospital Cayetano Heredia (junio 1998 – junio 2003). Tesis para optar el título de la especialidad en Ginecobstetricia. 2004.
20. Tendencia, Niveles y Estructura de la Mortalidad Materna en el Perú 1992-2000
21. Red nacional de epidemiología RENACE 0 – dge - minsa
22. Organización Mundial de la Salud - Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2012.
23. Pacientes obstétricas críticamente enfermas en la Unidad de Cuidados Intensivos Generales del Hospital Loayza de Lima / Critically ill obstetrical patients in the unit of general intensive cares of the Hospital Loayza de Lima Pérez Solf, Karl Ygor; Ormea Villavicencio, Antonio. Bol. Soc. Perú. Med. Interna; 6(4): 118-21, oct.-dic. 1993
24. Maine D, Rosenfiel A. The AMDD program: history, focus and structure. Internat J Obstet Gynecol. 2002; 74: 99-103.
25. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. Iván Reyes-Armas, Aurora Villar, Rev peru ginecol obstet. 2012; 58:

26. Rodríguez-Iglesias G, Calzado JD, Riveiro LP: Experiencia de 12 años de trabajo la atención de adolescentes obstétricas críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999, 25:141-14
27. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C: Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 2001, 322:1089-1094.
28. Graham SG, Luxton MC. The requirement for intensive care support for the pregnant population. *Anaesthesia* 1989; 44:581–584
29. Filippi V. Validation of women's perceptions of near miss obstetric morbidity in South Benin. London, University of London, 1999 (PhD thesis).
30. Sahel A et al. Des catastrophes obstétricales évitées de justesse: les near miss dans les hôpitaux marocains [Obstetric catastrophes barely avoided: near misses in Moroccan hospitals]. *Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones / Santé* 2001; 11:229–235.
31. Wagaarachchi PT et al. Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001; 74:119–130.
32. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *British Medical Journal* 2001; 322:1089–1093. .

33. Prual A, Huguet D, Gabin O, Rabe G: Severe obstetric morbidity of the third trimester, delivery and early puerperium in Niamey (Niger). *Afr J Reprod Health* 1998, 2:10-19.
34. Sivalingam N, Looi K: Clinical experience with management of 'near-miss' cases in obstetrics. *Med J Malaysia* 1999, 54:496-503.
35. Stones W et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. *Health Trends* 1991; 23:13–15.
36. Al-Suleiman SA, Qutub HO, Rahman J, Rahman MS. Obstetric admissions to the intensive care unit: a 12-year review. *Arch Gynecol Obstet.* 2006; 274:4-8. Disponible en:<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/search>
37. Loverro G, Pansini V, Greco P, Vimercati A, Parisi AM, Selvaggi L. Indications and outcome for intensive care unit admission during puerperium. *Arch Gynecol Obstet.* 2001; 265:195-8. Disponible en:<http://www.springerlink.com/content/qcvn918uyjfer0ec/>
38. Afessa B, Green B, Delke I, Koch K. Systemic Inflammatory response syndrome, organ failure and outcome in critically ill obstetric patients treated in an ICU. *Chest.* 2001; 120(40):1271-7.
39. Demirkiran O, Dikmen Y, Utku T, Urkmez S. Critically ill obstetric patients in the intensive care unit. *Int J Obstet Anesth.* 2003; 12(4):266-70.

40. Okafor UV, Aniebue U. Admission pattern and outcome in critical care obstetric patients. *Int J Obstet Anesth.* 2004; 13(3):164-6.
41. Kamad DR, Lapsiam V, Krishnan A, Salvi VS. Prognostic factors in obstetric patients admitted to an Indian intensive care unit. *Crit Care Med.* 2004; 32:1418-9.
42. Cheng C, Raman S. Intensive care use by critically ill obstetric patients: a five year review. *Int J Obstetric patients: a five year review. Int J Obstet Anesth.* 2003; 12(2):89-92.
43. Pérez Assef, Bacallao Gallestey J, Alcina Pereira S, Gómez Vazco Y. Severe Maternal Morbidity in the Intensive Care Unit of Havana Teaching Hospital, 1998 to 2004. *MEDICC review. Summer.* 2008; 10(3):17-23.
44. Urbay RA, Cruz MH, Fong SJ, Santos PL, Valledor TR, Molerio SL. Comportamiento de la enfermedad obstétrica grave. Nueve años en una unidad de cuidados intensivos. *Medicentro.* 2002; 6(2).
45. Díaz Mayo J, Pérez Assef A, Hernández Berigestain JD, Naranjo IS. Morbimortalidad materna en la unidad de cuidados intensivos del hospital general docente Enrique Cabrera.
46. Stones W. An investigation of maternal morbidity with identification of lifethreatening 'near miss' episodes. *Health Trends* 2001; 23:13–15.

47. Maine D, Rosenfiel A. The AMDD program: history, focus and structure. *Internat J Obstet Gynecol*. 2002; 74: 99-103.
48. Ronsmans, C., Filippi, V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer complications*. OMS 2004.
49. Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD002961.
50. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. *Curr Opin Obstet Gynecol* 19:145–150. 2007 Lippincott Williams & Wilkins.
51. Jarquim D. Morbilidad materna extrema: las casi-muertas en la región Centroamericana. Julio a Diciembre de 2007 .Informe final tema obstétrico, XXVI Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología .FECASOG 2008.
52. Ortiz E. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave (near miss) en instituciones seleccionadas de América Latina. Publicación FLASOG octubre 2008.
53. Morales B, Milena D, Cienfuentes R. Morbilidad materna

- extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe, Cali Colombia.
Rev Colomb Obstet Ginecol. 2007; 58(3):184-89.
54. Amato R, Faneite, P, Rivera C. Morbilidad materna extrema.
Rev Obstet Ginecol Venez. 2011; 71(2):48-77.
55. Peña I, Burbano E, Florez O. Frecuencia de morbilidad
materna extrema: condiciones y factores que intervienen en
su presentación. Hospital Universitario San José de Popayán.
Rev. Fac. Ciencias Salud; 10(4), mar. 2008.
56. Álvarez-Tosté M, Salvador S; González G. Caracterización
de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana
Hig Epidemiol. 2010; 48(3):1561-3003.
57. Suarez J. Algunos factores asociados a la morbilidad
obstétrica extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol
[online]. 2010; 36(2):12-9.
58. Rojas J. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos
obstétricos: Cartagena (Colombia) 2006 - 2008. Rev Colomb
Obstet Ginecol 2011; 62(2): 34-76.
59. Bello-Álvarez L et al. Indicadores de Morbilidad Materna
Extrema en una Clínica Universitaria de Tercer Nivel de
Complejidad, evaluación retrospectiva. Rev Cienc Biomedic
2012; 3(2): 2215-7840.
60. Acevedo O et al. Caracterización de la morbilidad materna
severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cubana
Obstet Ginecol. 2012;38(2): 231-9.

61. Acho-Mego et al. Morbilidad Materna extrema, admisiones gineco-obstétricas en las unidades de Cuidados Intensivos de un Hospital general. Rev Per Ginecol. Obstet. 2011; 57: 87-92.
62. Reyes I, Villar A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. Rev Perú Ginecol Obstet. 2012; 58: 273-284.

CAPÍTULO VII

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Perfil epidemiológico de las pacientes obstétricas críticas
atendidas en la unidad de cuidados críticos del Hospital Nacional

Daniel Alcides Carrión

INFORMACION DE LA PACIENTE

Nombre:

H.CI:

INFORMACION GENERAL DE LA PACIENTE Y EL EMBARAZO

Edad: años

Nacionalidad: 1. Perú 2 Extranjera

Grado de instrucción: 0 Ninguno 1 Primaria 2 secundaria 3 técnica
4 Universit. 5. Desconocido

Estado civil: 1 Soltera 2 Casada 3 Conviviente 4 Otro
5 Desconocido

Raza: 1 Blanco 2 Negro 3 Mestizo 4 Otros

Comórbidos: 0 Ninguno 1 HTA 2 DM 3 VIH
4 Otros

Paridad: 1 Primípara 2 Multípara

Edad gestacional: Semanas

CPN: 0 Negativo
1 Positivo
2 No definido

Estado paciente al ingreso: 1 Gestante 2 Puérpera

Vía de Parto: 1 Vaginal 2 Cesárea

DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO

Fecha de ingreso: APACHE:

Servicio: 1 UCI a. Obstétrica
b. no obstétrica
2 UCI a. Obstétrica
b. no obstétrica

Tiempo estancia: Días

Intervenciones realizadas:

Soporte vasopresor	1 Sí 2 No	
Transfusiones	1 Sí 2 No	
Soporte ventilatorio	1 VMI 2 VMNI	días de S.V. días
Histerectomía	1 Sí 2 No	
Ninguna		
Otros	
Muerte materna	1 Sí 2 No	